

保険外負担にかかる費用について

当院では、患者様の保険外負担として認められている以下のもの等について、それぞれの料金を定めています。その使用量、利用回数に応じた実費のご負担をお願いいたします。

保険外負担項目表

項 目
病衣貸与費用（100円／1日）
紙おむつ類
物品諸費用（タオル費用 200円／1日・床頭台 200円／1日）
日用品販売
洗濯費用（※私物分）
散 髪
そ の 他（特別室費用）

※詳細は別紙（患者様にご負担頂く《品目と価格》一覧）参照してください。
※患者様の病状により別途料金がかかる場合がございますのでご了承ください。
※また、故意による破損等や、床頭台の鍵の紛失による修繕また賠償に係る費用を請求させていただく場合がございますのでご了承ください。

保険外負担の費用にかかる同意書

私は、帯広記念病院での入院期間中、保険外負担にかかるサービスを受けた場合、定められた費用を遅滞なく支払うことに同意いたします。

同意日 平成_____年_____月_____日

入院日 平成_____年_____月_____日

医療法人社団あすなる会 帯広記念病院

院長 中原 哲 殿

住所 _____

患者又は代理人氏名 _____ 続柄（ ）印

※申請者が代理人の場合は続柄を記入してください。

※同意書の名前が代理人の場合は下記に患者氏名をお願いします。

患者氏名 _____

院長	事務長	医事

利用開始日
平成 年 月 日